

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



Facultad de Enfermería y Fisioterapia

GRADO en ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de trabajo: Revisión bibliográfica sistemática.

BENEFICIOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

Nombre del estudiante: Carolina Montero Cáceres

Tutor: José Javier Gonzalo Martín

Salamanca, mayo de 2020

ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2
3. Objetivos.....	4
4. Estrategia de búsqueda y selección de estudios.....	5
5. Síntesis, análisis y discusión de los resultados.....	7
6. Conclusiones.....	13
7. Bibliografía.....	14

1. RESUMEN

La drogadicción es un problema que está en aumento en nuestra sociedad, incluso en el ámbito de las mujeres embarazadas. Este consumo de drogas genera en los recién nacidos expuestos al Síndrome de Abstinencia Neonatal, una alteración a nivel del sistema nervioso y gastrointestinal, estos, suelen desarrollar esta patología a las 72 horas después del parto, y pueden ser atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales o en las unidades de hospitalización a través del alojamiento conjunto. Para disminuir la sintomatología y, por tanto, la estancia hospitalaria, el personal de enfermería tiene una labor importante, ya que realizan una serie de cuidados en los que intervienen los padres. Dentro de esos cuidados, consideramos los más importantes la lactancia materna, el ambiente tranquilo y el alojamiento conjunto, para ello, hemos realizado una revisión bibliográfica para analizar si todos los cuidados citados anteriormente, son beneficiosos para mejorar el síndrome y utilizar la información seleccionada para generar protocolo de actuación ante esta patología.

Palabras clave:

Síndrome de abstinencia neonatal, cuidados de enfermería, lactancia materna, alojamiento conjunto y drogadicción. Neonatal abstinence syndrome, nursing care, breastfeeding, rooming-in care.

2. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) se puede definir como el conjunto de síntomas que un neonato experimenta tras la retirada de drogas que han sido consumidas por la madre durante el embarazo, y que atraviesan la barrera placentaria, causando adicción. (1) Podemos observar en la tabla 1, que las drogas que llegan con más concentración al atravesar la barrera placentaria son la codeína, la heroína, marihuana y metadona, por lo que enfermería debe tener especial control en la prevención de mujeres que consuman las mismas. (2)

Sustancia	Peso molecular	Polaridad	Lipo o hidrofiliidad	Potencial de transferencia
Alcohol	46,07	leve +	lipofílica	alto
Anfetaminas	135,20	leve –	lipofílica	alto
Barbitúricos	184,17	leve +	lipofílica leve	alto
Benzodiacepinas	284,76	leve –	hidrofílica leve	alto
Cocaína	303,45	leve –	hidrofílica leve	moderado
Codeína	335,84	leve –	lipo e hidrofílica	muy alto
Heroína	369,40	leve –	hidrofílica	muy alto
Marihuana	314,45	leve +	muy lipofílica	muy alto
Metadona	345,90	leve +	hidrofílica leve	muy alto

Modificado de Little⁸.

Tabla 1: Propiedades químicas de algunas sustancias de abuso y su relación con el paso por la barrera placentaria. (2)

Este síndrome genera en el neonato hiperactividad en su sistema nervioso central y autónomo (*temblores, irritabilidad, hipertensión...*), alteraciones gastrointestinales (*diarrea, vómitos, deglución dismadura...*) así como otras manifestaciones entre las que destaca la taquipnea, excoriación de la piel e irregularidades de conducta, que se suelen iniciar a los tres días después del nacimiento. El comienzo y la duración de los signos y síntomas dependen de la pureza de la droga consumida, la capacidad de la madre y el recién nacido de metabolizar la droga, así como la cantidad y el momento en el que se haya consumido; cuanto más cerca al nacimiento, más tardarán en aparecer los síntomas en el recién nacido. (1,3,4,5)

Para realizar una valoración sobre la gravedad del SAN, cuando el neonato se encuentra en el ámbito hospitalario tras su nacimiento, el método más utilizado es el Test de Finnegan, del cual hay muchas modificaciones dependiendo del hospital en el que se utilice. Gracias a la valoración realizada mediante este test, los neonatólogos se

plantean administrar tratamiento farmacológico al recién nacido o no. (6) Este tipo de paciente requiere un mayor seguimiento y atención comparado con un recién nacido sano, ya que los neonatos pueden permanecer junto a sus padres en la unidad de hospitalización por alojamiento conjunto, o ingresados en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), opción que supone un gran coste a la sanidad, ya que están monitorizados y cuidados durante 24 horas por el personal de enfermería. (7,8)

Consideramos, por tanto, que la figura de la enfermera supone un pilar importante dentro de los cuidados de este tipo de pacientes, así como en la educación sanitaria de los padres para manejar correctamente la patología de sus hijos. Para la realización del presente trabajo y antes de trabajar en el mismo, visitamos una serie de UCIN para comprobar la situación en la que se trataba a los recién nacidos con esta patología; comprobando que éstas no contaban con ningún protocolo de actuación, a pesar de que en la actualidad, esta patología está en incremento ya que hay un aumento del consumo de drogas por mujeres embarazadas. (9)

Deducimos que, si a estos recién nacidos se les aplicaran más cuidados de enfermería y menos tratamiento farmacológico, mejorarían sus efectos secundarios una vez acabada la patología. Dentro de estos cuidados, destacamos la **lactancia materna**, que hace que la madre produzca oxitocina, disminuyendo las reacciones de estrés y mejorando el control de sus emociones. Esto supone un efecto protector hacia los recién nacidos que están expuestos a opioides. (10). También revisamos el **alojamiento conjunto**, que se define como la temprana colocación del recién nacido junto a su madre desde el momento en el que se da a luz, para transmitir tranquilidad al recién nacido. (11) Por último, analizamos el **ambiente tranquilo**, en el que el personal sanitario debe intentar simular el medio intrauterino consiguiendo un ambiente oscuro, evitando ruido y favorecer el sueño para generar y disminuir el estrés y el dolor del neonato. (12)

Creemos, que los beneficios que puede aportar a los recién nacidos y a los padres los cuidados de la enfermería, son tan grandes que se debería investigar y estudiar más en este tema por el aumento de la incidencia de los casos. Es por ello, por lo que nos hemos planteado realizar una revisión bibliográfica para que en un futuro se pueda valorar su contenido en la implantación de protocolos estandarizados.

3. OBJETIVOS

El objetivo general que nos hemos planteado con la realización de este trabajo, es llevar a cabo una revisión bibliográfica que nos permita valorar los beneficios o perjuicios de distintos cuidados de enfermería en los recién nacidos con SAN para poder realizar un mejor manejo de estos pacientes en las UCIN.

Los objetivos específicos son:

- 1) Analizar si la lactancia materna es beneficiosa en recién nacidos con síndrome de abstinencia.
- 2) Conocer los beneficios del ambiente tranquilo para los recién nacidos con síndrome de abstinencia en las UCIN.
- 3) Observar si el alojamiento conjunto mejora la sintomatología del recién nacido con SAN.

4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Para realizar el presente trabajo, se revisó una serie de artículos de revistas, libros, revisiones y documentos, tanto nacionales como internacionales, sobre los cuidados de enfermería en el SAN en diferentes bases de datos de evidencia científica en el ámbito de Ciencias de la Salud como son **Pubmed** ((*syndrome neonatal abstinence*) AND “breastfeeding”), **Medline**, **Cuiden**, **Cinhal** (“abstinence” AND “neonatal” AND “rooming-in”), **Enfermería21 Grupo Paradigma** ([*Síndrome de abstinencia neonatal*] AND “lactancia”) y **Cochrane** (“síndrome de abstinencia” y filtro: salud infantil)) desde diciembre de 2019 hasta abril del 2020.

Una vez planteado el tema de los objetivos, realizamos también búsqueda bibliográfica del ámbito enfermero en la Biblioteca de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca.

Además, como podemos ver en la tabla 2, se realizó una búsqueda de información con descriptores tanto en español como en inglés como son “*Neonatal abstinence Syndrome*”, “*Rooming-in care*” o “*Síndrome de abstinencia neonatal*”, que se encontraban unidos mediante conectores como “AND” y “OR” a búsquedas de lenguaje libre como pueden ser *Nurse*, *Care*, *Breastfeeding* en buscadores como Google académico o Researchgate.

TÉRMINOS EN LENGUAJE CONTROLADO (MESH/DECS)	
Síndrome de Abstinencia Neonatal	Neonatal Abstinence Syndrome
Síndrome de Abstinencia Neonatal	Neonatal Withdrawal Syndrome
Lactancia	Breastfeeding
Alojamiento conjunto	Rooming-in care
Test de Finnegan	Finnegan Score
Ambiente calmado	Soothing enviroment
Mujer embarazada	Pregnancy woman
Atención de enfermería	Nursing Care

Tabla 2: Términos en lenguaje controlado (MESH/DECS)

Respecto a los ***criterios de inclusión*** que se han tenido en cuenta para realizar la búsqueda son los siguientes:

- Fecha de publicación: que estén publicados como máximo hace 5 años (2015)
- Idioma: que estén escritos en español e inglés.
- Texto: que el documento presente el texto completo (muchos artículos han sido obtenidos gracias a los recursos suscritos a la Universidad de Salamanca)

Respecto a los ***criterios de exclusión*** encontramos:

- Artículos sin enfoque hacia el personal de enfermería.
- Documentos que no se centraran en los objetivos a tratar.
- Documentos que no cumplan los criterios de inclusión.

	Artículos totales	Texto completo	A partir de 2015	Documentos revisados	Documentos escogidos
PUDMED	193	58	34	17	5
COCHRANE	21	21	10	5	1
GOOGLE ACADÉMICO	4960	1987	626	45	2
CUIDEN	6	4	3	3	1
ENFERMERÍA 21	12	12	3	3	2
CINAHL	138	22	11	11	1
DIALNET	28	7	4	4	0
LIBROS	<i>Cuidados de enfermería pediátrica (Biblioteca USAL)</i>				

Tabla 3: Selección de artículos

Como podemos observar en la tabla 3, tras concluir la búsqueda de documentos para el análisis de los objetivos, utilizamos un total de 13, de los cuales, 6 artículos trataban el tema de la **lactancia**; 2 artículos de revista y un libro, el tema del **ambiente tranquilo** y 4 artículos sobre los beneficios del **alojamiento continuo**.

5. SÍNTESIS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, a continuación, vamos a realizar y discutir los resultados de acuerdo a los objetivos específicos que nos hemos marcado en el presente trabajo:

Para el primer objetivo específico, *si la lactancia materna es beneficiosa para reducir los síntomas del SAN*, tenemos que el papel del personal de enfermería es clave en el primer contacto del recién nacido con el pecho de su madre, pues debe asesorar en el agarre, en la succión y en la labor de aportar calma y tranquilidad en un momento tan íntimo. En el caso de las mujeres adictas a metadona, esta acción estuvo prohibida hasta 2001, cuando se creía que era perjudicial para el recién nacido porque se pensaba que se transmitía a través de la leche materna. (13)

- **Liu, A.; Juarez, J.; Nair, A.; Nanan, R.**; hicieron una revisión retrospectiva de registros de 194 bebés cuyas madres estaban en programas de mantenimiento de metadona entre el año 2000 y 2006. Estos programas consideran que la leche apenas tiene concentraciones de metadona, por lo que, salvo que tengan otra contraindicación, los recién nacidos debían ser amamantados por sus madres. En el estudio se corroboró que los dos primeros días de los bebés alimentados con lactancia materna, se produjo un retardo en el comienzo de los síntomas. Además, se añadió que los resultados no variaron entre los neonatos a los que se le había dado la leche en biberón o por sonda nasogástrica y los que fueron amamantados de manera exclusiva. (14)
- **Short, V.L.; Gannon, M. y Abatemarco, D.J.**; realizaron un estudio de cohorte retrospectivo a un total de 3.725 recién nacidos que presentaban signos claros de SAN, a los que habían alimentado con el pecho (44,5%), mientras que el resto no fue por este método. Los resultados del mismo, concluyeron que la duración de la estancia hospitalaria de los bebés que no habían sido amamantados fue de unos 12 días aproximadamente, que comparada con el grupo de recién nacidos amamantados, fue de unos 10 días. Estos resultados apoyan que la lactancia materna disminuye la estancia hospitalaria al mejorar la sintomatología. (15)

- **García Cogolludo, M.**; en el artículo “*Alimentación del recién nacido: lactancia materna*”, analiza que la lactancia en los recién nacidos cuyas madres han sido expuestas a heroína, cocaína, anfetaminas y marihuana, como dijimos anteriormente, llegan en concentraciones altas al mismo, por lo que, en estos casos, esta práctica estaría contraindicada. Sin embargo, en el caso de madres adictas a metadona, es seguro que se alimente con leche materna puesto que las cantidades ingeridas de la droga son ínfimas. Añade que la lactancia materna beneficia a los recién nacidos, por lo que la duración de hospitalización disminuye. (16)

- Otros autores como **Merino Ortega, M.E.; Gallego Gallero, M.A.; Calero Medina, M.**; consideran tras una revisión realizada a la situación en la que se encuentran las madres que están siendo tratadas con metadona, que los recién nacidos no tendrían efectos adversos por el fármaco, sino que disminuiría la intensidad de sus síntomas y fomentaría la diada madre-hijo. El único impedimento es que las madres adictas a drogas, paralelamente tienen problemas infecciosos o psiquiátricos, lo que plantea un riesgo para el recién nacido puesto que han de ser tratados con gran cantidad de fármacos. (13)

- **Schierholz, E.; French, R.; Boucher, A.M.**; consideran, al igual que organizaciones como la Academia Americana de Pediatría, que la lactancia materna en recién nacidos cuya madre se encuentra con tratamiento antagonista a opioides, es beneficiosa. Esta práctica, garantiza la prudencia del consumo de la madre, favoreciendo la diada madre-hijo y aumentando la autoestima de la misma, algo que supone la moderación de los síntomas del recién nacido y, por tanto, disminución de tratamiento farmacológico. Añaden que los profesionales de la salud son los que verdaderamente pueden asesorar si las madres cumplen las condiciones para dar el pecho. (17)

- **Knopf, A.**; en su artículo “*Baby's mother is the best treatment for neonatal abstinence syndrome*”, comenta que el beneficio de la lactancia materna no viene dado por las mínimas cantidades del tratamiento antagonista de los opioides presentes en la leche de la madre, sino por el apego materno, que permite junto con la leche materna (que es el mejor alimento posible para el

recién nacido), el adecuado crecimiento y desarrollo del recién nacido. Esto hace que se disminuyan los síntomas, aunque no quite la abstinencia de manera radical. Esta autora también incluye la importancia de las enfermeras en los momentos en los que se inicia la lactancia porque las madres tienen muchos miedos sobre si realizarán esta tarea bien. (18)

Comparando la información obtenida en los artículos que hemos encontrado en este objetivo, **Liu, Short, Merino y Schierholz**, afirman que no hay contraindicación de lactancia materna en madres que están tratándose con metadona. Sin embargo, **García Cogolludo**, refiere que la lactancia con administración de metadona está permitida y aconsejada, pero cuando la droga a la que la madre ha sido expuesta se encuentra entre heroína, marihuana, cocaína o anfetaminas, este tipo de leche se excluiría al tener altas concentraciones de las mismas. **Knopf** añade que la leche materna es el mejor alimento para el recién nacido y la figura de la enfermera es muy importante en los primeros amamantamientos para ayudar a las madres. Todos los autores escogidos manifiestan que la lactancia materna reduciría los signos y síntomas y fomentaría el apego del recién nacido con su madre.

El segundo objetivo hace referencia a *los beneficios del ambiente tranquilo en las UCIN*, siendo el personal de enfermería el responsable de garantizar un espacio libre de ruidos, para que los neonatos consigan tener una sensación de calma. Consideramos necesario analizar la información referente a este objetivo, puesto que este tipo de pacientes, tienen hiperactividad nerviosa, algo que se fomenta con el ruido. Visitamos una unidad neonatal en la que contaba con un medidor de decibelios para evitar sobrepasar el máximo aceptable (45 decibelios). (19)

- **Megías Plata, D.; Martínez Barellas, M.R. y Chaure López, I.**; en el estudio que realizaron, comentan que se debe garantizar un ambiente en el que apenas haya estímulos, intentando reducir la iluminación y los ruidos. Los cuidados realizados por el personal de enfermería deberían coincidir con las tomas de alimentación, para reducir la manipulación para así no molestar, y favorecer el descanso del mismo. (20)

- **Díaz Gómez, M.;** dice que la enfermera tiene que estar muy presente en los cuidados del ambiente en el que se encuentre el recién nacido, según consta en el libro “*Cuidados de enfermería pediátrica.*”. Se debe generar un ambiente plácido, con ligera penumbra y en el que los estímulos sonoros estén controlados, reduciéndolos siempre que sea posible. Lo que se busca es que se mantengan los periodos de sueño/vigilia para menguar los síntomas del síndrome. (21)
- **McQueen, K. y Murphy-Oikonen, J.;** hacen referencia en su artículo de revisión que, como primera medida ante el SAN, se encuentran los cuidados realizados por la enfermería. Dentro de ellos, destacamos un ambiente tranquilo en el que se eviten estímulos agrupando intervenciones a realizar al recién nacido, disminuyendo los sonidos, así como la luminosidad. Con estas medidas, garantizaríamos la tranquilidad para facilitar el descanso. (22)

Todos los artículos seleccionados para definir el objetivo, corroboran que, tanto la iluminación, la sonorización y la realización de intervenciones en los recién nacidos se deben disminuir con el fin de reducir los estímulos de los recién nacidos y así, atenuar sus síntomas. **Megías Plata y Díaz Gómez,** añaden que las enfermeras deben espaciar estos cuidados para mejorar los periodos de sueño y reducir los de vigilia.

Con respecto al objetivo de *si el alojamiento conjunto mejora la sintomatología del recién nacido con SAN*, hemos observado que el apego de un recién nacido a su madre es una buena técnica de relajación, por lo que debería prevalecer este método en lugar de los utilizados en las UCIN. Como enfermeros, debemos intentar facilitar el contacto madre-hijo para así tener un mejor control de la sintomatología. En el presente apartado, procederemos a comparar una serie de artículos para ver cuál es la opinión prevalente en dicha cuestión:

- **MacMillan, K.D.L.; Rendon, C.P.; Verma, K. et al;** realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de 6 estudios con 549 pacientes entre 2007 y 2017, concluyendo de manera cualitativa que el alojamiento continuo disminuye la cantidad y la necesidad de utilizar fármacos para el tratamiento de los recién nacidos, así como que el periodo de hospitalización es más corto y el coste para el hospital descende comparándolo con un ingreso en las UCIN. Además,

añaden que es beneficioso para los padres en el sentido de que se sienten útiles interactuando en el cuidado de su hijo. (23)

- **Holmes, A.; Atwood, E.C.; Whalen, B et al;** desarrollaron un estudio controlando a 207 neonatos, de los cuales el 42% tuvieron que ser tratados farmacológicamente. Después de analizar los resultados tras el alojamiento conjunto, la necesidad de tratamiento en 2015 se redujo hasta un 27%. Además, la estancia hospitalaria disminuyó de 16.7 días a 12.3 días, suponiendo una disminución de los costes a la mitad comparado con bebés con SAN que no serán tratados con alojamiento conjunto. Este estudio confirma los hallazgos de los artículos escogidos y añade que, hay mayor posibilidad requieran tratamiento farmacológico los recién nacidos cuyas madres han consumido tabaco y antidepresivos, así como que la duración de este tratamiento podría depender más del entorno del bebé que del medicamento que se le administra para tratarlo. El artículo también comenta que para instituciones privadas el alojamiento conjunto supone una reducción de ingresos al disminuir el tiempo de estancia. (8)
- **Howard, M.B.; Schiff, D.M.; Penwill, N.;** elaboraron de un estudio retrospectivo entre marzo de 2015 y abril de 2016 para ver la cantidad de niños que habían estado expuestos a opiáceos durante el embarazo. Se plantearon el objetivo de observar si había relación entre la presencia a pie de cama o alojamiento conjunto de los padres con los 86 recién nacidos y si esto suponía unos resultados positivos. Este estudio concluyó que esta diada padres-hijo, suponía para el 100% de los casos estudiados una disminución de la puntuación de la sintomatología según el Test de Finnegan, así como una reducción en el tiempo de ingreso, así como disminución de la cantidad de tratamiento farmacológico. (24)
- **Newman, A.; Davies, G.A.; Dow, K.; Holmes, B.; Macdonald, J.; McKnight, S. et al;** examinaron cómo afecta el método de alojamiento continuo en los hijos de madres adictas a opiáceos, comparando 24 casos que se trataron en la UCIN con 21 que fueron tratados en habitaciones privadas con alojamiento conjunto. Se obtuvo como resultado que el grupo que estaba con alojamiento continuo requirieron 5 veces menos morfina que el otro grupo. También se redujo la permanencia en el ámbito hospitalario y, además, los padres calificaron el estudio como satisfactorio ya que se mejoró la unión padres-hijos. (25)

Analizando la información obtenida de los cuatro artículos que se seleccionaron en este objetivo, destacamos que **todos los autores** coinciden en que el alojamiento conjunto es beneficioso, puesto que disminuye la duración en la estancia hospitalaria y la sintomatología, reduciendo el tratamiento farmacológico, lo que supone una disminución de los costes sanitarios. Además, **McMillan y Newman**, añaden que esta técnica favoreció una mayor unión entre los padres y los hijos, puesto que participaban en sus cuidados. **Holmes**, en cambio, desde un punto de vista de la sanidad privada, nos puntualiza que, al disminuir los días de ingreso, se disminuirían las ganancias, además de que, los hijos de madres fumadoras o consumidoras de antidepresivos necesitarían cantidades mayores de tratamiento.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones que hemos obtenido en dicho trabajo, y para dar respuesta a los objetivos que nos hemos marcado al principio del mismo, han sido los siguientes:

- 1) Como conclusión general podemos manifestar que es fundamental el trabajo de todo el personal sanitario y en concreto, del personal de enfermería, ya que permite orientar y enseñar a los padres cómo cuidar a su hijo y así, reducir el tratamiento farmacológico, que se considera la última opción. Creemos fundamental instruir a este personal en los cuidados, para reducir la sintomatología y mejorar la evolución del recién nacido con SAN.
- 2) La lactancia es beneficiosa para el SAN, como afirman **Liu, Short, Merino, Schierholz, García Cogolludo y Knopf** en sus estudios. Comprobamos que esta sí lo es siempre y cuando la madre esté consumiendo metadona como tratamiento de la abstinencia. Su beneficio se basa, en que las cantidades que pasan al recién nacido son muy bajas, y hace que disminuya su sintomatología y se mejore el vínculo madre-hijo. En el caso de que consuma otras drogas como la heroína, anfetaminas, marihuana o cocaína, esta estará contraindicada.
- 3) El ambiente tranquilo es beneficioso para los recién nacidos con SAN, pues permite que el recién nacido descanse y se encuentre en un ambiente que simule la sensación de estar en el útero de su madre, que se asemeja a tranquilidad. El personal de enfermería, como afirman **Megías Plata, Díaz Gómez y McQueen**, debe garantizar este ambiente, agrupando las intervenciones y controlando los distintos estímulos que se producen en las UCIN.
- 4) El alojamiento conjunto mejora la sintomatología del SAN, ya que el hecho de que un recién nacido esté con sus padres y reconozca la voz y el ritmo de los latidos del corazón de su madre, le permite adquirir una sensación de calma, lo que reduce gran parte de la hiperactividad y la ansiedad que presentan estos recién nacidos con esta sintomatología. Esto se traduce como exponen **MacMillan, Holmes, Howard y Newman**, en una disminución del tratamiento y de la duración del ingreso hospitalario.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Porcel Gálvez AM, Ortega Martínez SM, Barrientos Trigo S, Ferrinho Ferreira R, Martínez Lara C. *Neonatal abstinence syndrome: Evolution in the last ten years*. Enferm Glob. 2014;13(36):337–51.
2. Solís Sánchez G, Solís Sánchez JL, Díaz González T. *Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato*. Trastor Adict [Internet]. 2001 [consulta, 15 ene 2020];3(4):256–62. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-exposicion-prenatal-drogas-efectos-el-13021692>
3. Sanlorenzo LA, Stark AR, Patrick SW. *Neonatal abstinence syndrome: An update*. Curr Opin Pediatr. 2018 April;30(2):182–186.
4. Gómez-Pomar E, Finnegan LP. *The epidemic of neonatal abstinence syndrome, historical references of its' origins, assessment, and management*. Front Pediatr [Internet]. 2018 [consulta, 3 feb 2020];6(33):1–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29520355>
5. Serrano Ferreira A. *La enfermería en el cuidado del recién nacido con síndrome de abstinencia neonatal y en su prevención* [Trabajo de fin de grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid;2018.
6. Timpson W, Killoran C, Maranda L, Picarillo, A, Bloch-Salisbury E. *A Quality Improvement Initiative to Increase Scoring Consistency and Accuracy of the Finnegan Tool: Challenges in Obtaining Reliable Assessments of Drug Withdrawal in Neonatal Abstinence Syndrome*. Adv Neonatal Care. 2018;18(1):70–78.
7. Smith JG, Rogowski JA, Schoenauer KM, Lake ET. *Infants in drug withdrawal: A national description of nurse workload, infant acuity, and parental needs*. J Perinat Neonatal Nurs. 2018;32(1):72–79.
8. Holmes AV, Atwood EC, Whalen B, Beliveau J, Jarvis JD, Matulis JC, et al. *Rooming-In to treat neonatal abstinence syndrome: Improved family-centered care at lower cost*. Pediatrics [Internet]. 2016[consulta, 14 feb 2020];137(6). Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/137/6/e20152929>
9. Clemans-Cope L, Holla N, Lee HC, Cong AS, Castro R, Chyi L, et al. *Neonatal*

- abstinence syndrome management in California birth hospitals: results of a statewide survey.* J Perinatol. 2020 [consulta, 10 feb 2020];40:463-472
10. Carlson K, Kieran K. *Narratives of neonatal abstinence syndrome.* Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2019 [consulta, 3 feb 2020];33(3):275–83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.011>
 11. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. *Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2016 [consulta, 17 feb 2020]; DOI: 10.1002/14651858.CD006641.pub3.
 12. Balseiro Almario L, De la luz Salinas, LM, Romero Gómez, AL, Vázquez Lira GS. *Prevención de alteraciones ambientales que inciden en el neurodesarrollo de los neonatos en la UCIN: Intervenciones de enfermería especializada.* Enf neurol. 2016;15(3):139–52.
 13. Merino Ortega ME, Gallego Gallero MA, Calero Medina M, Rengel Díaz C, Mena García M, Ruiz Diaz A. *Metadona y lactancia materna.* Enfermería Docente. 2015;(104):55–7.
 14. Liu A, Juarez J, Nair A, Nanan R. *Feeding modalities and the onset of the neonatal abstinence syndrome.* Front Pediatr [Internet]. 2015 [consulta, 19 feb 2020];3(14):1–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25767791>
 15. Short VL, Gannon M., Abatemarco DJ. *The Association Between Breastfeeding and Length of Hospital Stay Among Infants Diagnosed with Neonatal Abstinence Syndrome: A Population-Based Study of In-Hospital Births.* Breastfeeding Medicine [Internet]. 2016 [consulta, 19 feb 2020];11(7):343-349. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27529500>
 16. García Cogolludo M. *Alimentación del recién nacido: lactancia materna.* En: Martínez Bueno C, Torrens Sigalés RM. *Enfermería de la mujer.* Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017; p.285-330.
 17. Schierholz E, French R, Boucher AM. *Caring for infants and families affected by neonatal abstinence syndrome.* Am Nurse Today. 2020 [consulta, 9 mar 2020];15(1):5-5.

18. Almadhoob A, Ohlsson A. *Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2020 [consulta, 14 feb 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010333.pub3>
19. Knopf A. *Baby's mother is the best treatment for neonatal abstinence syndrome*. Alcohol Drug Abus Wkly [Internet]. 2016 [consulta, 9 mar 2020];28(15):1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/adaw.30537>
20. Megías Plata D, Martínez Barellas MR, Chaure López I. *Recién nacidos de madres drogodependientes*. En: Rodríguez López MA, González Fernández CT, Megías Plata D (coords.). *Enfermería del niño y el adolescente*. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2019. p.503-36.
21. Martínez E, Muricio MA. *Recién nacido de alto riesgo*. En: Díaz Gómez M, Beneit Montesinos JV. *Cuidados de enfermería pediátrica*. 1ª Edición. Madrid: Editorial Síntesis, S.A; 2008. p.36-39.
22. McQueen K, Murphy-Oikonen J. *Neonatal abstinence syndrome*. N Engl J Med [Internet]. 2016 [consulta, 14 mar 2020];375(25):2468–79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28002715>
23. Macmillan KDL, Rendon CP, Verma K, Riblet N, Washer DB et al. *Association of rooming-in with outcomes for neonatal abstinence syndrome: a systematic review and meta-analysis*. JAMA Pediatr. 2018;172(4):345-51.
24. Howard MB, Schiff DM, Penwill N, Si W, Rai A, Wolfgang T, et al. *Impact of Parental Presence at Infants' Bedside on Neonatal Abstinence Syndrome*. Hosp Pediatr. 2017;7(2):63–9.
25. Newman A, Davies GA, Dow K, Holmes B, Macdonald J, McKnight S, et al. *Rooming-in care for infants of opioid-dependent mothers: Implementation and evaluation at a tertiary care hospital*. Can Fam Physician. 2015;61(12):e555–561.